

Колгушкина Т.Н., Шостак В.А.,
Скороварова Н.А., Близнюк В.М.,
Бугров В.Ю.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Плацентарная недостаточность, как правило, проявляется снижением маточно-плацентарно-плодового кровообращения. В последние годы для улучшения снабжения плода кислородом применяется гипербарическая оксигенация (ГБО).

В отделении патологии беременности и отделении новорожденных 5-ой клинической больницы гипербарическая оксигенация широко используется в комплексе лечения и профилактики патологии плода и новорожденного. Наиболее частым показанием к применению ГБО во время беременности является фетоплацентарная недостаточность, сопровождающаяся задержкой развития внутриутробного плода. При данной патологии ГБО не проводится только при наличии противопоказаний со стороны матери к производству данной лечебной процедуры (лор-заболевания, ряд сердечно-сосудистых заболеваний).

Лечение проводится в любом сроке беременности при выявлении гипотрофии плода.

За 9 месяцев 1997 года в отделении находились на лечении 25 беременных с внутриутробной гипотрофией плода. Только в 7 случаях (28%) диагноз установлен в женской консультации, у остальных - при обследовании в стационаре. В комплексе лечения данной патологии кроме ГБО включались сосудорасширяющие и спазмолитические средства, препараты токолитического действия, компламин, трентал, курантил, внутривенное введение низкомолекулярных декстранов с гепарином, ошелачивающая терапия, витамины С, Е, метионин, фолиевая кислота.

Контроль за лечением осуществлялся измерением окружности живота, высоты стояния дна матки, ультразвуковой антропометрией.

Основываясь на полученных собственных данных можно утверждать, что применение ГБО при задержке внутриутробного развития плода улучшает газообмен и метаболизм плаценты и, благодаря более интенсивной гемокрикуляции плаценты, остальные перечисленные препараты воздействуют быстрее, эффективнее, в меньших дозировках, улучшается также прогноз для плода и новорожденного.

Прослежены подробно 10 случаев задержки внутриутробного развития плода, закончившиеся срочными родами, у 8 женщин беременность прогрессирует, 7 - выписаны из стационара с обнадеживающими результатами.

Наибольшее количество гипотрофий плода наблюдается у беременных 19 - 24 лет (16 случаев - 64%) в сроках беременности 25 - 35 нед. У повторнородящих гипотрофия встречается достоверно реже (2 случая - 8%).

Гипотрофия 1 степени диагностирована у 19 женщин (76%), 11 степени - у 6 (24%).

Повторно госпитализированы с данной патологией 10 беременных (40%). Причинами задержки внутриутробного развития плода послужили гестозы различной степени тяжести, анемия, угроз прерывания беременности (72%), фетоплацентарная недостаточность вследствие нейротрофических изменений в матке (аборты, выскабливания, воспалительные процессы) - 32%, гинекологические заболевания (миома матки, пороки развития гениталий) - 16%. Довольно часто наблюдалась сочетанная патология.

Все 10 наблюдавшихся беременных родили в срок (38 - 40 нед.) Роды произошли через естественные родовые пути. Вес плодов составил

2000 - 2500 в 3-х случаях, 2500 - 3000 - в 5-ти, и более 3500 - в 2-х случаях.

Вес детей до 2,5 кг отмечен в тех случаях, когда гипотрофия диагностирована в поздние сроки беременности (более 35 нед.) Неполный эффект наблюдался также у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Таким образом, комплексное лечение задержки внутриутробного развития плода с применением ГБО следует начинать как можно раньше с повторными курсами лечения в сроки 32 - 34 нед., что улучшает прогноз для новорожденного.

ГБО в качестве лечебной процедуры проведена у 55 новорожденных (за 5 месяцев). Из них 14 детей с конъюгационной желтухой, 12 - с гемолитической болезнью новорожденных, 7 - с последствиями острой и хронической гипоксии, 7 - с врожденной гипотрофией и конъюгационной желтухой, 13 - с гипоксией и конъюгационной желтухой и 2 недоношенных с конъюгационной желтухой.

Состояние новорожденных к моменту начала лечения оценивалось как среднетяжелое.

Лечение детей с постгипоксическими состояниями начинается с 1 - 2 суток, при конъюгационной желтухе и гемолитической болезни новорожденных - с момента появления желтухи. Проводится 5 сеансов баротерапии.

У леченных детей улучшение состояния и нормализация биохимических показателей крови, исчезновение желтушного окрашивания кожи наступает на 1 - 2 дня раньше, чем у не получавших ГБО в комплексе лечения. Ранняя адаптация постгипоксических состояний происходит быстрее, и эти дети не нуждаются в дальнейшем в реабилитационном лечении в специализированном неврологическом отделении, что в нашей клинике соответственно уменьшилось количество переводов.

Дети с сочетанной патологией (гипотрофия и гипоксия) лучше и быстрее адаптируются и не переводятся на 11 этап выхаживания.

Следовательно, гипербарическая оксигенация является действенным лечебным и профилактическим средством для акушерской и неонатологической патологии.